

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° 200

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel MALLEBAY

Né le 11 Avril 1888, à Limoges

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
et de la Clinique Cîviale (Hôpital Lariboisière)

LES HYPERTROPHIES
DE LA PROSTATE, QUI SAIGNENT

Président : M. Pierre DUVAL, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° 200

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel MALLEBAY

Né le 11 Avril 1888, à Limoges

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
et de la Clinique Civiale (Hôpital Lariboisière)

LES HYPERTROPHIES
DE LA PROSTATE, QUI SAIGNENT



Président : M. Pierre DUVAL, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSUR : M. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie
Anatomie médi-co-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et Chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANCON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
RENON.
LECENE.
LETULLE.
PRENANT.
DUVAL.
POUC ET.
CARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBECOURT.
DUPRE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
GOSSET.
LEJARS.
HARTMANN.
DE LAPERRONNE.
LEGUEU.
BAR.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
J. E. FAURE.
Aug. BROCA.
VAQUEZ.
SEBILEAU.

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI.
ALGLAVE.
BASSET.
BAUDOUIN.
BLANCHETIÈRE.
BRANCA.
CAMUS.
CHIRAY.
CHAMPY.
CHEVASSU.
CLERC.
DESMAREST.
DEBRE.

DUVOIR.
FIESSINGER.
GARNIER.
GOUGEROT.
GREGOIRE.
GUILLEMINOT.
GUENIOT.
GUILLAIN.
HEITZ-BOYER.
JOYEUX.
LABBÉ HENRI.
LAIGNEL-LAVAS-
TINE.

LANGLOIS.
LARDENNOIS.
LEMIERRE.
LEQUEUX.
LEREBoullet.
LERI.
Le LORIER.
LEVY-SOLAL.
MATHIEU.
METZGER.
MOCQUOT.
MULON.
OKINCZYC.

PHILIBERT.
RATHERY.
REITTERER.
RIBIERRE.
RICHAUD.
ROUS Y.
ROUVIERE.
SCHWARTZ, A.
TANON.
TERRIEN.
TIFFENEAU.
VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR MARC MALLEBAY

MÉDECIN DES EAUX DE CAUTERETS

*Qui fut toujours mon guide et mon
conseiller dans mes études médicales.
En témoignage de toute ma recon-
naissance et de ma profonde affection.*

A MA FEMME

*Dont la réconfortante tendresse m'a
soutenu durant mes dernières années
d'études.*

A MES BEAUX PARENTS

En témoignage de mon affection reconnaissante

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de ma thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

*En témoignage de gratitude pour
sa bienveillance et son appui.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE LIMOGES

Année d'externat 1908-09

MM. LES PROFESSEURS RAYMOND, VOUZELLE, DESCAZALS

Internat 1909-10

M. LE PROFESSEUR BOULLAND

Internat 1910-11

M. LE PROFESSEUR VOUZELLE

MM. LES PROFESSEURS BOURGUIGNON, FILHOULAUD
GARRAUD, PÉRIGORD, RAYMOND, RAYMONDAUD, THOUVENET
CHÉNIEUX (*In memoriam*)

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat 1913

M. LE DOCTEUR HUDELO

Externat 1914

M. LE DOCTEUR FLORAND

Externat 1919-20

M. LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

Externat 1920-21

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

Stage d'accouchement

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DÉMELIN

MM. LES DOCTEURS DEVRAIGNE, HENRY, NOEL FIESSINGER
ROBERT MONOD, MONDOR

INTRODUCTION

C'est dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé Marion, que nous avons eu l'idée de ce travail. Il nous a été donné à plusieurs reprises, soit à l'examen clinique d'un malade atteint d'adénome prostatique, soit au moment où l'intervention chirurgicale allait avoir lieu chez un de ces malades, d'entendre notre Maître répéter, à la suite de l'observation par lui chez le malade d'hématurie : « Méfiez-vous des hypertrophies de la prostate qui saignent! »

En effet l'hypertrophie de la prostate provoque bien souvent des hématuries, mais il s'agit, dans l'énorme majorité des cas, d'hématuries qui ont été provoquées par une manœuvre quelconque, fausse route du cathétérisme, évacuation trop rapide ou trop complète d'une vessie en état de rétention.

Au contraire, des hématuries spontanées sont très rares et cela se comprend bien puisque il s'agit du développement d'un adénome comprimant et refoulant périphériquement le tissu musculo-glandulaire de la prostate, lequel, comme le fait remarquer Farabeuf, est par lui-même peu vasculaire.

Aussi Guyon remarque que « spontané le saignement

au cours de l'hypertrophie prostatique doit faire penser au néoplasme et aurait presque dans ce cas la valeur d'un signe pathognomonique ».

Pourtant il n'est pas extrêmement rare de voir des hématuries spontanées se produire au cours de l'hypertrophie prostatique, et nous en rapportons plus loin toute une série d'observations.

Il faut donc vraisemblablement en conclure qu'à côté des rares cas où c'est la prostate même qui saigne, il y a place pour toute une autre série de cas, apparaissant au cours d'une hypertrophie prostatique, mais où l'hématurie provient d'un autre organe que la prostate.

Dans ces conditions, nous avons eu l'idée de faire en quelque sorte la séméiologie clinique des hématuries qu'on voit survenir chez les prostatiques, en analysant pour chaque cas particulier l'allure clinique de l'hématurie, en déduisant sa signification diagnostique et enfin en remontant à la cause et à l'organe qui lui avait donné naissance.

Nous nous sommes basé pour faire ce travail sur nos observations personnelles, sur deux cas que nous avons en traitement au service Civiale, et d'autre part, et surtout, sur les observations que notre Maître a eu la bienveillance de mettre à notre disposition, ce dont nous tenons à le remercier bien vivement ici.

Notre sujet nous a conduit tout naturellement à discuter avant d'admettre l'hypothèse d'une hématurie d'origine nettement prostatique, tous les cas où l'hématurie provient d'un autre organe.

1) Hématuries survenant au cours de l'hypertrophie prostatique, mais provenant d'un autre organe que la prostate.

Ces hématuries proviennent presque toujours de la vessie. Dans certains cas elles sont vésico-uretéro-pyéliques.

a) Hématuries d'origine vésicale.

f) Il y aura lieu de prime abord, de penser, en dehors des hématuries provoquées, d'origine vésicale, dont le diagnostic se fait d'emblée, à certains cas où la vessie distendue et congestionnée du fait de la rétention, peut donner lieu à des hématuries spontanées et terminales.

En dehors de ces cas, on se trouvera généralement en présence d'hématuries dues à une complication de l'hypertrophie prostatique, complication agissant sur la vessie :

Hématuries provenant de cystite, complication fréquente et pouvant donner lieu dans la forme aiguë, et même dans la forme chronique, à de petites hématuries.

Hématuries dues à des calculs, bien marqués en cas de calculs primitifs, elles sont au contraire très discrètes, dans le cas des calculs secondaires.

En dehors de ces deux cas, on pourrait être amené à envisager des hématuries dues à des tumeurs de la vessie : papillomes ou même néoplasmes, pouvant coexister avec l'hypertrophie prostatique et donner naissance à des hématuries spontanées. Nous en présentons plus loin quelques observations.

Nous ne faisons que citer ici les varices vésicales, affection extrêmement rare, très discutée d'ailleurs, et qui

dans quelques cas aurait été la cause d'hématuries répétées.

Dans un deuxième cas, l'hématurie pourrait être d'origine rénale, ou urétérale, mais il s'agit d'ordinaire là, d'hématuries provoquées, en particulier dans le cas de cathétérisme ex-vacuo, entraînant une hématurie à la fois vésicale et rénale, provenant en un mot de tout l'arbre urinaire congestionné.

2) Restent les cas où l'hématurie provient de la prostate elle-même, et là, le diagnostic doit être ici particulièrement serré, étant donné la fréquence relative de la dégénérescence néoplasique de la prostate, qui, même dans ses débuts, est capable de provoquer de petites hématuries qu'il faudra savoir rattacher à leur véritable cause.

En dernier lieu et tous ces diagnostics ayant été éliminés, nous pouvons conclure, mais en dernier ressort, à une hématurie spontanée de la prostate et nous étudierons les modalités cliniques de cette dernière en nous attachant à montrer quelles sont les causes qui peuvent amener la prostate à saigner dans ce cas.

LES HÉMATURIES AU COURS DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE, PROVENANT D'UN AUTRE ORGANE QUE LA PROSTATE

Hématuries d'origine vésicale au cours de l'hypertrophie prostatique

Ces hématuries se présentent sous deux catégories : les hématuries provoquées, relativement fréquentes, les hématuries spontanées beaucoup plus rares. Nous n'insisterons pas sur les premières : il s'agit, en général, d'un cathétérisme dans une vessie en état de rétention, cathétérisme trop rapide et surtout trop complet, provoquant par décompression brusque, une hématurie ex-vacuo, massive, formant rapidement des caillots, et provoquée par du sang provenant, non seulement des parois vésicales, mais encore de tout le reste de l'arbre urinaire congestionné par la rétention.

Les hématuries spontanées d'origine vésicale présentent des caractères bien particuliers : elles surviennent chez des rétentionnistes en général, parfois chez des prostatiques au début, après un excès de table ou de boisson, après le coït, ou après un séjour au lit prolongé. En effet,

elles s'exagèrent volontiers par le décubitus et leur apparition est plus souvent diurne que nocturne. Elles sont terminales ou plutôt à tendance terminale, et en général pas très abondantes.

D'après cela, nous pouvons voir qu'il s'agit d'hématuries congestives et ce sont précisément les causes de congestion des veines du petit bassin qui les font apparaître.

En effet, dès la première période de l'hypertrophie prostatique, la congestion tend à se produire dans les plexus veineux péri-vésicaux, plexus très volumineux, qui normalement servent à accumuler les réserves de sang destinées à la mise en train de l'érection.

La déplétion de ces plexus est gênée chez les prostatiques; la congestion s'y produit, en particulier pendant le sommeil, provoquant des érections matinales, qui tombent au réveil dès que le malade a vidé sa vessie. A cette période purement congestive vient s'ajouter bientôt l'action empêchante exercée par le développement de l'adénome prostatique sur l'évacuation de l'urine.

Enfin la vessie distendue vient comprimer contre le pubis le plexus de Santorini.

La congestion des plexus veineux provoque celle de la muqueuse vésicale, pouvant conduire au moindre trauma et même spontanément à une hématurie par rupture des petits vaisseaux.

Le diagnostic de ces hématuries sera donc, en général, facile; il devra s'aider de la mise en place d'une sonde à demeure, qui, supprimant la rétention, suffira ordinaire-

ment à les faire disparaître assez rapidement, contrairement aux hématuries néoplasiques, qui ne sont nullement influencées par ce moyen.

Les hématuries dues à la cystite au cours de l'hypertrophie prostatique

La cystite constitue une complication très fréquente de l'hypertrophie prostatique arrivée à la période de rétention chronique. Elle relève généralement d'un cathétérisme septique produisant avec une facilité extrême l'infection d'une vessie toute préparée du fait de la rétention.

L'hématurie due à la cystite est une hématurie spontanée — ordinairement peu abondante, se réduisant même à quelques gouttes de sang. Elle peut parfois durer plusieurs jours, ne se modifiant pas par le repos et ne s'accompagnant d'aucune recrudescence des autres signes de cystite. Enfin elle est toujours nettement terminale.

Elle survient chez un prostatique en période de rétention chronique, parfois même dès le début de l'affection, présentant des urines qui selon le degré de la cystite peuvent être louches, troubles, ou même ammoniacales et glaireuses. Mais les douleurs existent rarement ou sont très atténuées. Ce n'est que dans des cas assez rares qu'on a pu noter des douleurs vives.

Les hématuries n'existent d'ailleurs pas toujours au cours des cystites chroniques accompagnant l'hypertrophie prostatique. Nous ne les avons rencontrées notées

que dans quelques cas en parcourant les observations du service. Enfin dans certains cas, elle relève de la formation de calculs par précipitation des phosphates.

Le diagnostic de ces hématuries d'origine vésicale sera d'ordinaire facile étant donné l'état louche et glaireux des urines. Il ne faudra naturellement pas compter sur la diminution de la capacité vésicale.

Le diagnostic devient plus difficile quand elles s'accompagnent de douleurs vives et Guyon cite l'observation d'un malade qui présentait des hématuries spontanées, peu abondantes, terminales, répétées, accompagnées de douleurs intolérables qui firent penser pendant plusieurs jours au néoplasme.

Un traitement devra être dirigé contre cette cystite et sa réussite sera un nouvel élément pour certifier le diagnostic.

Les hématuries dues aux calculs

Les hématuries dues aux calculs se présentent en clinique, très différemment selon qu'il s'agit de calculs primitifs ou de calculs secondaires. Les deux cas peuvent en effet se rencontrer au cours de l'hypertrophie prostatique, quoiqu'à vrai dire, les calculs secondaires, qui sont en fait une véritable complication de celle-ci, s'y rencontrent plus fréquemment.

1) *Hématuries dues aux calculs primitifs.* — Il s'agit d'un prostatique qui présente des hématuries, abondantes, prolongées, totales en général, mais à prédominance

terminale. Fait très important, ces hématuries sont provoquées par le mouvement, les secousses, calmées au contraire par le repos. Elles sont donc presque toujours diurnes.

Elles présentent donc nettement les caractères propres aux hématuries des calculs vésicaux et cela d'autant plus qu'elles s'associent à des douleurs survenant à l'occasion des fatigues, des secousses, des marches prolongées et calmées elles aussi par le repos.

On les rencontre, ou bien dès la période initiale du prostatisme, ou à la phase de rétention aiguë qui peut coïncider avec une de ces hématuries, ou au contraire la suivre immédiatement.

Parfois enfin elles peuvent se rencontrer chez les rétentionnistes chroniques, avec urines claires, et même chez les rétentionnistes infectés, avec urines troubles.

Les hématuries sont très fréquentes dans le cas de calculs primitifs : Azoulay dans sa thèse sur les calculs vésicaux associés à l'hypertrophie prostatique la rencontre dans six cas sur huit.

Les hématuries sont d'origine nettement vésicale : elles résultent du traumatisme infligé à la muqueuse vésicale par le calcul violemment agité dans la vessie et, de fait, leur vraie caractéristique c'est d'être exclusivement provoquée par le mouvement.

Le diagnostic en sera donc facile en général et devra s'appuyer sur l'examen cystoscopique qui montrera la présence des calculs dans la vessie.

2) *Les calculs secondaires.* — Comme nous l'avons dit,

ceux-ci constituent en fait une complication assez fréquente de l'hypertrophie prostatique.

L'hématurie contrairement à ce que nous avons vu pour les calculs primitifs, se présente sous la forme d'une hématurie peu abondante, légère, ordinairement terminale. La marche ne semble pas avoir d'action sur elle.

Par contre l'hématurie provoquée par le sondage paraît assez fréquente.

D'autre part, elle est en fait, rare et nous ne l'avons rencontrée que dans quelques cas dans les nombreuses observations que nous avons parcourues.

Cette hématurie assez peu caractéristique, s'associe à des douleurs et ce signe serait important, puisque normalement, la cystite des prostatiques est à peu près indolente, mais ces douleurs ont perdu l'allure caractéristique qu'elles avaient dans le cas des calculs primitifs, elles ne sont pas influencées par le mouvement, et les malades souffrent autant pendant le repos que pendant l'exercice.

Hématuries et douleurs surviennent ordinairement chez un vieux prostatique, en période de rétention (fréquence diurne et nocturne des mictions) avec grosse prostate et signes de cystite (fréquence considérable des mictions, urines troubles, glaireuses, louches).

« L'erreur la plus souvent commise consiste à attribuer les douleurs, les hématuries, à la cystite dont ces malades sont affligés » (Legueu). Il faudra savoir donner à l'hématurie, même très réduite, sa valeur diagnostique et, comme le dit le professeur Marion, « lorsque chez un

prostatique atteint de cystite vous observez un filet de sang à la fin d'une miction, songez au calcul ».

L'examen cystoscopique devra être pratiqué soigneusement pour vérifier le diagnostic; étant donné le relief prostatique, il faudra prendre soin pour bien examiner le bas fond de bien déplisser la vessie en injectant un peu plus de liquide et d'élever le pavillon du cystoscope.

Nous voyons donc en définitive qu'alors que les hématuries des calculs primitifs se présentent avec des allures cliniques qui les font aisément reconnaître, les hématuries des calculs secondaires sont peu nettes et peuvent passer facilement inaperçues. Elles n'en ont pas moins une grande valeur diagnostique, car si elles n'autorisent pas le diagnostic de calculs, elles permettent du moins de les soupçonner.

Hématuries provoquées par les papillomes vésicaux

L'hématurie au cours de l'hypertrophie prostatique peut provenir de la présence de papillomes dans la vessie. Nous avons pu trouver un certain nombre d'observations que l'on pourra lire plus loin, dans lesquelles les hématuries provenaient de cette cause.

L'hématurie dans ce cas présente la même allure qu'en dehors de l'hypertrophie prostatique : elle est abondante, spontanée, apparaissant et disparaissant sans cause, indolore, terminale ou à prédominance terminale, intermittente et une miction sanglante peut être encadrée par des mictions claires; enfin elle est capricieuse, pouvant se

répéter pendant des jours et des semaines pour disparaître après.

Cette hématurie peut parfois s'associer à des signes de cystite.

L'allure spontanée et capricieuse, intermittente de ces hématuries chez un prostatique devra conduire à faire une cystoscopie qui montrera l'affection en cause. Dans notre observation n° 2, les hématuries qui se produisaient depuis quelque temps et dont la dernière avait persisté quatre jours, ont conduit à pratiquer une cystoscopie qui montra une polypose accentuée de la vessie, empêchant de voir la muqueuse vésicale.

Hématuries provoquées au cours de l'hypertrophie prostatique par des néoplasmes vésicaux

Nous publions plus loin quatre cas où les hématuries rencontrées au cours de l'hypertrophie prostatique, provenaient en fait de néoplasmes vésicaux.

Il s'agissait d'hématuries légères, parfois simplement quelques gouttes de sang, survenant à la fin de la miction — spontanées, non influencées par le repos, capricieuses, pouvant durer deux et trois jours, puis disparaître — se reproduisant volontiers par l'examen de la vessie.

Elles s'associaient dans toutes nos observations, à de la fréquence et dans un cas à de la douleur au moment de la miction. Le meilleur moyen de diagnostic en présence de ces hématuries spontanées est encore la cystoscopie, qui montrera la cause vésicale néoplasique de cel-

les-ci. Elle fut faite dans deux de nos observations et montra nettement une tumeur dans les deux cas. Dans un autre cas, la tumeur fut découverte en faisant une cystostomie et dans le dernier cas, au moment de pratiquer le deuxième temps de la prostatectomie.

Il s'agit là en fait de cas assez rares, auxquels il faudra pourtant penser en présence d'hématuries spontanées d'allure néoplasique. Toutefois il faudra s'assurer qu'il s'agit bien d'une hypertrophie prostatique; Duplay et Reclus discutent le diagnostic de tumeur papilloma-teuse du col simulant l'hypertrophie prostatique. Zuckerkandl note que les tumeurs polypeuses de la vessie sont susceptibles de produire de la rétention d'urine pouvant faire croire à une hypertrophie prostatique, mais seulement quand ces tumeurs siègent dans la région du col. Le diagnostic devra donc s'appuyer non seulement sur le toucher rectal, mais encore sur l'examen de l'urètre, et sur la constatation des troubles fonctionnels habituels de l'hypertrophie prostatique.

Notons enfin que d'après Motz et Montfort, une certaine quantité (qui atteindrait 35 % d'après Montfort) des tumeurs de la vessie, seraient d'origine prostatique.

HÉMATURIES D'ORIGINE PROSTATIQUE

Hématuries au cours de l'hypertrophie prostatique au début de la transformation néoplasique

Nous venons de voir les différents cas où l'hématurie qui survient au cours de l'hypertrophie prostatique, provient en réalité de la vessie et nous avons étudié les différents cas qui peuvent se présenter.

Avant de conclure à une hématurie d'origine prostatique, il convient d'éliminer l'hématurie signalant une transformation néoplasique de l'hypertrophie prostatique, transformation aujourd'hui bien connue grâce à de très nombreux travaux modernes, notamment ceux d'Albarran et Hallé, d'Hallopeau, de Motz, etc.

Cette transformation est d'ailleurs relativement fréquente et le devient d'avantage à mesure qu'elle est mieux recherchée. Il y a quelques années, la plupart de ces néoplasies étaient encore prises pour des hypertrophies prostatiques. Albarran et Hallé la rencontrent quatorze fois pour cent prostates hypertrophiées.

Freyer trouve 171 cas sur 1276 hypertrophies prostatiques.

Gebelete remarque qu'elle fournit 38 % des affections de la prostate.

Pour le professeur Marion on rencontrerait 7 néo-prostatiques pour 100 prostatiques « et cela sans tenir compte des prostatites ou seul l'examen histologique peut démontrer la transformation néoplasique. »

Or cette transformation peut s'annoncer par des hématuries. Etant donné l'intérêt chirurgical primordial qui s'attache à reconnaître le plus rapidement possible cette transformation, ces hématuries prennent un grand intérêt clinique, aussi nous étendrons-nous plus longuement sur leur description.

L'hématurie a ici l'allure des hématuries d'origine néoplasique : elle est donc spontanée dans son apparition, apparaissant en dehors de toute cause traumatique, survenant aussi bien le jour que la nuit.

Elle est ordinairement initiale, à moins que le sang n'ait reflué vers la vessie. Elle se montre parfois sous forme de caillots moulés dans l'urètre et expulsés par le premier jet, plus souvent c'est une hématurie des premières gouttes, discrète et répétée.

Elle est rarement abondante. Parfois cependant elle est assez copieuse pour entraîner la formation de caillots, mais cela surtout à la période d'ulcération de la tumeur, où le diagnostic est déjà nettement posé. Notons aussi la possibilité d'hématuries plus ou moins abondantes, initiales ou terminales, survenant après le passage d'instruments dans le canal, et dont la constatation pourra faire penser au néoplasme vésical ou prostatique.

Ces caractères présenteraient donc une grande valeur au point de vue du diagnostic, constituant une véritable

hématurie d'alarme, amenant spontanément le malade à se faire examiner.

Toutefois, il faut bien reconnaître que l'hématurie n'est pas fréquente : Hallopeau déclare ne l'avoir rencontrée que dans la moitié des observations rapportées dans sa thèse. Walcker ne trouve des hématuries comme signe de début que trois fois sur 16 cas et Hampton Young 15 fois sur 145 cas.

Nous même en feuilletant les observations du service Civile, portant sur 6 années, ne l'avons rencontré que dans quelques cas seulement.

Enfin les hématuries ne surviennent pas toujours au début de l'affection et Gardner constate que ce signe serait très rare au début. La constatation d'hématuries légères, initiales, spontanées pourra donc faire penser au néopros-tatique, mais le diagnostic au début n'en reste pas moins extrêmement difficile et l'on devra rechercher soigneusement en même temps les signes physiques de l'affection. Hallopeau indique comme signes de début, un certain changement de consistance de la prostate, une modification de sa sensibilité, parfois une irrégularité de sa surface, un accroissement plus rapide et irrégulier à tendance postérieure, mais de l'avis même d'Hallopeau, ces signes ne constituent qu'un ensemble de phénomènes fugaces, d'où erreurs assez fréquentes.

Albarran et Hallé d'autre part constatent que 14 fois sur cent, la prostate en voie de dégénérescence ne présente ni la dureté, ni la diffusion indiquant la dégénérescence épithéliale.

D'autre part il existe assez souvent de petites nodosités dans la prostate des prostatiques ayant gardé la sonde à demeure.

Wolff note l'impossibilité pour ces malades, contrairement aux prostatiques, de supporter la sonde à demeure, mais pour Hallopeau ce signe n'a rien de caractéristique.

Le professeur Marion a insisté dernièrement sur la constatation de l'empâtement douloureux d'une vésicule séminale chez le prostatique, signe qui par sa seule présence et quel que soit l'aspect de la lésion de la prostate, doit éveiller l'idée de cancer.

On pourra encore s'aider de l'examen du sang, qui, d'après Legueu et Morel, montre une éosinophilie caractéristique dans l'hypertrophie prostatique, une forte polynucléose dans le cas de néoplasme et d'autre part, de la cystoscopie qui d'après Harrison et Young montre la prostate dégénérée présentant dans la vessie des contours irréguliers.

Hématuries provenant de la prostate elle-même au cours de l'hypertrophie prostatique

Toutes les causes d'hématuries que nous avons vues ayant été successivement rejetées, on sera alors, mais alors seulement, en droit de penser à une hématurie provenant de la prostate hypertrophiée elle-même, malgré la très grande rareté de ces hématuries.

Elles s'observent chez des prostatiques en état de rétention complète, aiguë ou de rétention incomplète chro-

nique, sans distension, — elles sont ordinairement initiales, assez peu abondantes, apparaissant spontanément. Ces hématuries relèvent d'une congestion intense de la prostate, au niveau de la partie postérieure de l'urètre, congestion relevant d'une véritable transformation angiomateuse qui s'est produite à ce niveau.

OBSERVATIONS

Hématuries dues aux calculs, au cours de l'hypertrophie prostatique

Obs. I. — L. L., 76 ans.

Entre au service Civile en novembre 1920; le malade est en crise de rétention aiguë. Crise qui a été précédée d'une période de pollakiurie diurne et nocturne très accusée avec dysurie.

Les urines sont troubles.

Prostate volumineuse, molle, bien limitée. Le malade a eu deux hématuries de sang pur, se produisant en petite quantité, au début de la miction.

Cystostomie d'urgence, en raison de l'état précaire du malade.

Le 24 novembre, au cours d'un pansement un petit calcul est extrait. L'exploration de la vessie permet d'en retirer 62, de petite taille, dont deux assez volumineux.

Obs. II. — R. H. 59 ans..

Entre au service le 6 mai 1918.

Le malade est en rétention complète. Il urine en se sondant depuis deux ans.

Envies d'uriner toutes les deux heures.

Depuis 4 mois le malade ramène du sang à chaque sondage.

Urines sales, légèrement sanguinolentes.

Prostate grosse.

Le 15 mai, cystostomie, qui permet de retirer quelques calculs phosphatiques.

Le 12 juin 2^e temps : la prostate est enlevée par morcellement.

Obs. III. — T. A., 70 ans.

Entre au service en juin 1912.

Présente des mictions fréquentes et douloureuses, des besoins impérieux.

Pollakiurie diurne et nocturne.

Il existe des douleurs pendant la marche, qui s'irradient du périnée vers l'extrémité de la verge.

Prostate grosse, molle, bien limitée.

Quelques hématuries, sous la forme de quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Au cours d'un lavage vésical, la sonde ramène un petit calcul dur.

La cystoscopie montre l'existence de plusieurs calculs dont trois ou quatre volumineux.

Intervention. Prostatectomie. Ablation de dix à douze calculs.

Obs. IV. — S., 62 ans.

Entre au service en octobre 1912.

Présente de la pollakiurie diurne et nocturne, des douleurs survenant à la fin de la miction, parfois arrêt brusque du jet urinaire.

Vessie : capacité 300 cc., urines claires.

Prostate augmentée de volume, régulière, rénitente, bien délimitée, non douloureuse.

Hématuries peu abondantes survenant à intervalles de

deux à trois mois. Les hématuries sont totales mais à prédominance terminale.

Elles sont accentuées par les mouvements, calmées par le repos.

Une colique néphrétique était apparue il y a deux ans.

La cystoscopie montre deux gros calculs et une saillie prostatique assez accusée.

Hypertrophie prostatique et cystite

Obs. I. — B., 62 ans, mai 1912.

Le malade entre pour des douleurs siégeant au niveau de l'urètre.

Présente une hypertrophie prostatique pour laquelle le malade étant en rétention complète chronique, on a fait une cystostomie définitive (la prostate n'ayant pu être enlevée).

Apparition de douleurs qui sont devenues extrêmement vives.

Hématurie il y a cinq ou six jours, le sang réparaît de temps en temps sous forme d'hématuries terminales, goutte à goutte.

Urines très troubles.

Capacité vésicale nulle.

Hypertrophie prostatique moyenne.

Obs. II. — G. F., 72 ans, 1912.

A eu autrefois une blennorragie avec orchite et cystite.

Depuis dix ans, se lève 3 ou 4 fois pour uriner la nuit. Les mictions sont lentes et difficiles.

Il y a huit ans après un repas très abondant, a été pris d'un accès de rétention complète. Depuis le malade se sonde régulièrement 3 à 4 fois le jour, 2 à 3 fois la nuit. Depuis quelques jours, après un sondage, le malade présente une hématurie qui continue depuis.

Actuellement hématurie et rétention complète. Obligé de mettre une sonde à demeure.

Vessie, capacité 100gr. Urines très troubles.

Prostate grosse, régulière.

Hématuries au cours de l'hypertrophie prostatique, dues à des papillomes vésicaux

Obs. I. (Personnelle). — B., 47 ans.

Entre au service en janvier 1920.

Présente depuis deux à trois mois de la pollakiurie nocturne, de la dysurie, de la pyurie, le toucher rectal montre une prostate augmentée de volume, bien limitée, un peu irrégulière, mais non dure.

Le cathétérisme difficile provoque un saignement.

Depuis quatre ans le malade présente des hématuries se produisant fréquemment, durant deux et trois jours et colorant l'urine d'un bout à l'autre de la miction.

La cystoscopie montre un volumineux polype, en partie sphacélé, masquant l'uretère droit.

Taille vésicale le 19 janvier. Toute la région du col est envahie par un polype volumineux, atteignant la région de l'uretère droit.

Obs. II. — R., 71 ans.

Entre au service en septembre 1920.

Présente de la pollakiurie diurne et nocturne.

Toucher : prostate hypertrophiée de moyen volume.

A présenté à plusieurs reprises des hématuries.

Cystoscopie le 6 octobre : montre une polyposse accentuée de tout le bas-fond vésical.

Obs. III. — V., 64 ans.

Entre au service en février 1912.

Présente de la pollakiurie surtout nocturne.

Urines troubles.

Prostate hypertrophiée bombant dans le rectum, bien délimitée, de consistance normale.

Hématuries à plusieurs reprises. La dernière a été totale et a duré quatre jours, avec caillots à la fin.

Cystoscopie : montre une multitude de papillomes frangés, empêchant de voir la muqueuse vésicale.

Hématuries au cours de l'hypertrophie prostatique, dues à des tumeurs infiltrées de la vessie

Obs. I. (Personnelle). — A. R., 67 ans.

Entre au service Civiale, en septembre 1920, parce qu'il présente, depuis 18 mois, de la pollakiurie nocturne. Il y a, en plus, de la difficulté de la miction, laquelle est un peu douloureuse.

Le malade a présenté à plusieurs reprises des hématuries avec caillots, nécessitant le sondage.

Il a eu parfois de petites hématuries, sous forme de quelques gouttes de sang survenant à la fin de la miction.

Prostate molle, augmentée de volume, bien limitée.

Cystostomie le 12 septembre. Au cours de celle-ci on ne note rien de particulier.

2^e temps de la prostatectomie, trois semaines après ce temps, est rendu impossible : l'examen de la vessie montre un épithélioma papillaires péri-cervical, avec infiltration au pourtour.

L'extirpation est impossible. Fermeture partielle de la vessie.

Le malade quitte le service le 28 novembre 1920.

Obs. II. — P. F., 64 ans.

Entre au service en mars 1920.

Présente depuis longtemps une pollakiurie surtout nocturne.

Résidu de 200 gr. Urines troubles.

Prostate augmentée de volume, lisse, régulière, molle.

A eu récemment une hématurie qui a duré 48 heures et qui est apparue spontanément.

Cystoscopie : montre une masse assez volumineuse, charnue, sénile, à la partie inférieure et droite de la vessie, non loin du col.

Obs. III. — G. F., 65 ans.

Entre au service en juin 1911.

Présente une pollakiurie accentuée. Celle-ci remonte à cinq mois, la pollakiurie a été d'abord nocturne puis diurne. Les mictions sont longues et le jet manque de force.

Rétention aiguë il y a un mois, qui a duré un jour.

Urètre présente une portion prostatique longue de 6 à 7 centimètres.

Résidu vésical : 80 cmc. Urines troubles.

Prostate volumineuse, lisse, bien délimitée, tombant dans le rectum.

Apparition d'hématuries il y a quinze jours, elles sont intermittentes, peu abondantes, parfois totales, mais toujours plus marquées à la fin de la miction.

Cystostomie : montre une tumeur infiltrée de la vessie. Cautérisation.

Hématuries d'origine prostatique, par transformation néoplasique de l'adénome prostatique

Obs. I. — S. A., 59 ans.

Entre au service en juillet 1919.

Le malade présente de la pollakiurie diurne et nocturne, de la diminution de la force du jet. Prostate volumineuse, bien limitée, mais un peu dure.

Il a eu une hématurie initiale, et spontanée, il y a huit jours. Actuellement il saigne encore.

Cystostomie le 9 juillet. L'exploration de la prostate hypertrophiée, la montre assez grosse, dure, mais bien limitée au niveau de sa périphérie. La prostate est enlevée difficilement par énucléation. Des bords de la cavité sont nets.

Toutefois un tube de radium est mis en place. L'examen de la pièce fait au laboratoire du service démontre un épithélioma typique assez avancé.

CONCLUSIONS

On peut observer des hématuries au cours de l'hypertrophie prostatique.

Mais le plus souvent ces hématuries, sont d'origine vésicale ou vésico-rénale — elles sont le plus souvent provoquées — parfois spontanées.

En dehors de ces cas, il faudra penser à une hématurie provenant d'une complication ou d'une affection évoluant simultanément avec l'hypertrophie prostatique.

Ce n'est qu'en dernier ressort qu'il faudra conclure à une hématurie d'origine prostatique, extrêmement rare au cours de l'hypertrophie prostatique.

Il faudra donc se méfier tout spécialement des hypertrophies prostatiques qui saignent et entreprendre aussitôt de rechercher la cause des hématuries.

La cystoscopie rendra dans la plupart des cas un très grand service pour arriver à ce résultat.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu : *Le Président,*
PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

- Albarran.** — Les hématuries prostatiques. *Médecine Moderne*, Paris, 1904.
- Albarran.** — Les tumeurs de la vessie. Paris, 1892.
- Azoulay.** — Calculs vésicaux chez les prostatiques. *Thèse Paris*, 1918.
- Bazy.** — Hématuries d'origine protastique. *Presse Médicale*, Paris, 1897.
- Clado.** — Traité des tumeurs de la vessie, 1895.
- Duplay-Reclus.** — Traité de chirurgie.
- Freyer.** — Conférences cliniques sur l'hypertrophie prostatique. *Traduct. Valcourt*, 1908.
- Fiolle.** — Hémorragies vésicales. *Rev. pratiq. Malad. org. génit. urin.*, 1912.
- Ferrier.** — Contribution à l'étude du cancer de la prostate. *Journal d'Urologie*, 1914-15, n° 4.
- Gebelle.** — Carcinose prostatique. *Centralblatt für die Grenzgebiete Der Medizin und Chirurgie*, 1913, nos 5 et 6.
- Gardner.** — Cancer de la prostate. *Gaz. des Hôpit.*, 1906, septembre.
- Guiard.** — Calculs phosphatiques de la vessie. *Ann. mal. org. génit. urin.*, 1904.
- Goldberg.** — Ueber blütigs prostatraseret. *Dermat. Centralbl.* Berlin, 1905.
- Guyon.** — Hémorragies et saignements de la prostate. *Ann. Malor. g. génit. urin.*, 1900.
- Guyon.** — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, tome 1.

- Guyon.** — Physiologie pathologique des hématuries. *Ann. Mal. org. génit. urin.*, 1893.
- Guyon.** — Cystite calculeuse. *Prog. médic.*, 13 août 1892.
- Hallé et Albarran.** — Hypertrophie des néoplasies épithéliales de la prostate. *Ann. mal. org. génit. urin.*, août 1908.
- Hallopeau.** — *Thèse Paris*, 1906.
- Hampton-Young.** — Cancer of prostate. *Annales of surgery*, mai 1909.
- Lebarouilly.** — Cancer de la prostate, 1884.
- Legueu et Michon.** — In Le Dentu et Delbet.
- Legueu.** — Traité d'Urologie, 1920.
- Marion.** — Hypertrophie prostatique. Signes fonct. *Journal des praticiens*, 1913.
- Marlon.** — Thérapeutique urinaire, 1910. Formes cliniques des tumeurs vésicales.
- Marion.** — Signes et diagnostic des calculs vésicaux. *Rev. générale de thérapeutique*, 1912.
- Marion.** — Cystoscopie des calculs vésicaux. *Journal d'urologie*, 1913.
- Minet et Desnès.** — Traité des maladies des voies urinaires, tome, 1.
- Pasteau.** — Calculs multiples de la vessie coïncidant avec l'hypertrophie prostatique. *Assoc. française d'urologie*, 1910.
- Pillet.** — Traité d'urologie.
- Pousson.** — Traité d'urologie.
- Posner.** — Cancers de la prostate. *Berliner Kleinische Wochenschrift*, oct. 1911.
- Zuckerkandl.** — Rétention vésicale au cours des tumeurs vésicales. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, n° 47, 1912.
-

